Aus der Universitäts-Hautklinik Berlin.
(Direktor: Prof. Dr. W. Frieboes)

Über die Klinik der Pityriasis lichenoides chronica

unter besonderer Berücksichtigung der atypischen Formen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Kurt Heisig
Zahnarzt aus Weisstein in Schlesien.

Tag der Promotion: 31. Dezember 1934

Druck: Rudolph Pfau, Berlin NW. 7, Luisenstr. 21

89

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin

---

Dekan: Prof. Dr. Magnus
Referent: Prof. Dr. H. Gottron
Korreferent: Prof. Dr. W. Frieboes

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Auf disseminiert schuppende Erythrodermien, Krankheitsbilder eigener Art, ist man erst gegen Ende des vorigen Jahrhunderts in der Dermatologie aufmerksam geworden. Derartige Beobachtungen zählen zu den Seltenheiten. So ist es wohl verständlich, daß die Bewertung dieser Exantheme und ihre Einreihung in ein System keine einheitliche ist. Gehen doch die Meinungen der Autoren betreffs der disseminiert schuppenden Erythrodermien, besonders hinsichtlich ihrer Zusammengehörigkeit, weit auseinander. Der französische Dermatologe Brocq faßte unter dem Namen „Parapsoriasis" die verschiedenen schuppenden Erythrodermien zusammen. Die klinischen Kennzeichen der Parapsoriasisformen sind nach Brocq: langsamer, also chronischer Verlauf, das Fehlen jeglicher Beeinflussung des Allgemeinbefindens, Fehlen des Juckreizes oder nur ganz geringes Jucken, Oberflächlichkeit des Prozesses, vorwiegende Lokalisation am Rumpf und an den Extremitäten, außerordentliche Resistenz gegenüber der Therapie.

Morphologisch unterscheiden sich die verschiedenen Gruppen der Parapsoriasis ganz erheblich. Brocq bringt es dadurch zum Ausdruck, daß er zur Hauptbezeichnung „Parapsoriasis" eine Nebenbezeichnung hinzufügt, die dem besonderen Charakter der Form entspricht.

Brocq unterscheidet 3 Varietäten:

1. Parapsoriasis en gouttes, für die heute der von Juliusberg vorgeschlagene Name „Pityriasis lichenoides chronica" allgemein gebräuchlich ist; sie entspricht dem von Jadassohn ursprünglich als eigenartiges psoriasiformes und lichenoides Exanthem, spätr als Dermatitis psoriasiformis nodularis beschriebenen Fall.

   Um die diagnostische Bedeutung dieser Krankheit für die Praxis zu kennzeichnen, pflegte Arndt in seinem Kolleg von Pseudolues zu sprechen (vgl. im folgenden den Hinweis Brocqs auf die Aehnlichkeit dieser Krankheit mit dem papulösen Exanthem der Sekundärlues).
2. Parapsoriasis lichénoide, entspricht der Parakeratosis variegata Unna, Santi, Pollitzers, weiter dem Lichen variegatus Crockers.

3. Parapsorias en plaques, entspricht der Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées Brocqs, der Xanthoerythrodermia perstans Crockers, der Pityriasis maculosa chronica Raschs. Für diese Varietät ist heute zu Ehren Brocqs, auf Vorschlag von Rasch und Arndt, der Name Brocqsche Krankheit gebräuchlich.

Ueber diese Einteilung in 3 Varietäten gibt Brocq am Schluß seiner „Les Parapsoriasis" in den Annales de Dermatologie folgende Zusammenfassung:

La première, à laquelle nous donnons le nom de Parapsoriasis en gouttes, est très voisine du psoriasis: elle ressemble surtout à une abondante syphilide papuleuse et papulo-squameuse sans infiltration ou à un psoriasis en gouttes avorté. Elle est constituée par de petits éléments isolés, disséminés, maculeux ou légèrement papulo-sqameux. Les faits des Jadassohn nous paraissent devoir rentrer dans cette première variété.

La deuxième, à laquelle nous donnons le nom de Parapsoriasis lichénoïde, est une forme morbide intermédiaire au psoriasis et au lichen plan. Elle est constituée par de petits éléments pseudo-papuleux, parfois aplatis et brillants, parfois d'aspect atrophique, se réunissant pour former des réseaux plus ou moins irréguliers, parfois même des plaques, de telle sorte que l'éruption dans son ensemble offre une apparence bigarée essez caractéristique. Les faits d'Unna et surtout ceux de Radcliffe Crocker et des auteurs anglais, nous paraissent rentrer dans ce groupe.

La troisième, à laquelle nous donnons le nom de Parapsoriasis en plaques, est une forme morbide voisine des psoriasis et des séborrhéides. Elle est constituée par des plaques circonscrites, assez bien limitées, de 2 à 6 centimètres de diamètre, disséminées ça et là sur les téguments, plus ou moins squameuses. Nos érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées rentrent totalement dans cette troisième variété.

Durch eingehende und scharfsinnig analysierte Beobachtungen kommt Brocq zu dem Ergebnis, daß die in dieser Gruppe vereinigten, in ihren typischen Fällen von einander außerordentlich verschiedenen Affektionen durch mehr oder weniger zahlreiche Uebergangsformen verbunden sind; das sind Fälle, die sich nicht ohne Zwang in ein bestehendes Schema einfügen lassen, und die in ihren äußerlich sichtbaren Erscheinungen

Charaktere vereinigen, die verschiedenen Krankheitsbildern eigen sind.

Französische Autoren, besonders Civatte und Milian, erweiterten den Begriff Parapsoriasis insofern, als sie unter dieser Bezeichnung Krankheitsbilder beschrieben, die zwar rein klinisch einer der 3 Formen, der Parapsoriasis guttata, außerordentlich ähnelten, dagegen aber in ihrem histologischen Aufbau so stark differierten, daß nach Meinung vieler Autoren diese Fälle streng von denen Brocqs zu trennen sind. Besagte Autoren fanden histologisch deutlich tuberkuloide Veränderungen, das vollkommene Bild eines Tuberkels, so daß Civatte, der diese Form erstmalig beobachtete, nach Ablehnung der Diagnose Syphilis, die ja histologisch ganz ähnliche Bilder machen kann, zu dem Schluß kam, daß hier eine atypische Form von Tuberkulose, ein sogenanntes Tuberkuloid, vorliegt. Civatte nähert einen seiner Fälle selbst aus klinischen Gründen dem Lichen scrophulosorum.

Im folgenden soll nur die Pityriasis lichenoides chronica abgehandelt werden. Zunächst ein kurzer Literaturbericht (vgl. Krauses Dissertation).

Im Jahre 1894 stellte Jadassohn den ersten Fall dieser Erkrankung auf dem dem 4. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Breslau vor als „eigenartiges psoriasiformes und lichenoides Exanthem“ mit dem Vorschlag, dieses Krankheitsbild als „Dermatitis psoriasiformis nodularis“ zu bezeichnen. Er gab hierbei eine eingehende Schilderung der klinischen und histologischen Eigentümlichkeiten. Auf demselben Kongresse stellte Neißer einen ganz ähnlichen Fall vor.

Weitere Fälle teilten mit: Juliusberg (1897); Pinkus (1898), der besonders die Histologie dieses Falles studierte; Rona (1898). 1899 faßte Juliusberg die bisher beschriebenen Fälle unter Hinzufügung zweier neuer zusammen und schlug die Bezeichnung „Pityriasis lichenoides chronica“ vor. Jadassohn (1900); von Freundl (1901); Kreibich (1902). Erst im Jahre 1902 nimmt Brocq diese Beobachtungen als erste Varietät seiner Parapsoriasis auf und bezeichnet sie als „Parapsoriasis en gouttes“.

Weitere Mitteilungen stammen von: Ehrmann (1903); Himmel (1903), der sich gegen die Konfundierung dieser Dermatose mit der Parakeratosis variegata und der Erythrodermie pityria-

sique en plaques disséminées (Brocq) ausspricht, ebenso Jadassohn in einem Nachwort zu dieser Arbeit. Es folgen: von Neumann (1904); Rille (1904); Spiegler (1904); von Zumbusch (1904); Lesser (1904); Blank (1905); Ehrmann (1905), von Neumann (1906); Marcuse (1906); Kaltenbrunner (1906); Rille (1906)

Im Laufe der Zeit hat sich nun die Zahl der Beobachtungen sicherer Krankheitsbilder weiter erhöht.

1910 stellte Arndt als erster das Vorkommen eines Leukoderms bei Pityriasis lichenoides chron. fest. 1916 weist Mucha auf das Vorkommen einer akuten Form der Pityriasis lichenoides hin.

Im Laufe der Jahre haben sich noch folgende Varietäten der Pityriasis lichenoides gezeigt:

1. die Muchasche Form;

2. die akut psoriasiformen Fälle, auf die Touton zuerst hingewiesen hat in einer Diskussionsbemerkung auf dem 14. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Dresden (1925), und auf die Gottron wiederholt aufmerksam gemacht hat.

3. die akut vesikulöse Form Gottrons;

4. die Parakeratosis variegata, für deren Zugehörigkeit zur Pityriasis lichenoides chronica Gottron Belege beigebracht hat.

Mir ist vor allem die Aufgabe gestellt, das an der Universitäts-Hautklinik zu Berlin vom Januar 1920 bis zum August 1934 vorgekommene Material zu sichten, und nach bestimmten Gesichtspunkten zu ordnen.

Was zunächst die Häufigkeit betrifft, so sind insgesamt in dieser Zeit 237 233 Patienten und Patientinnen, davon 119 028 männliche und 118 205 weibliche, zur Untersuchung erschienen. Darunter befanden sich nur 117 Fälle von Pityriasis lichenoides, und zwar 83 Fälle männlichen und 34 weiblichen Geschlechts, eine Bestätigung dafür, daß wir es mit einer sehr selten vorkommenden Hauterkrankung zu tun haben. In Prozenten auszenten ausgedrückt würden es etwa sein:

237 233 Patienten, darauf 117 Fälle von Pityriasis lichenoides: 0,049 %;

119 028 männliche Patienten, darauf 83 männliche Fälle: 0,069 %;

118 205 weibliche Patienten, darauf 34 weibliche Fälle: Fälle: 0,028 %.

Die folgende Statistik soll nun die Häufigkeit der Beob-

achtung dieser Krankheit in den einzelnen Jahren zeigen. Die obere Zahl gibt das in 1 Jahr untersuchte Patientenmaterial an. Die untere Zahl bezeichnet die in 1 Jahr vorgekommenen Fälle von Pityriasis lichenoides. Außerdem Unterteilung in männliches und weibliches Geschlecht. Die Statistik geht vom 1. Januar 1920 bis zum 31. August 1934.

Geschl.	1920	1921	1922	1923	1924	1925
Männl.	12489	10964	9025	8969	11007	8104
	5	3	6	6	1	5
Weibl.	14404	11990	8764	9890	10531	7965
	1	3	1	6	4	2
Geschl.	1926	1927	1928	1929	1930	1931
Männl.	7830	6868	6564	6221	6641	6786
	5	13	7	5	6	5
Weibl.	7795	6486	6131	5772	6121	5813
	1	1	2	6	1	2
Geschl.	1932	1933	1934	(bis 31.	August)	Summa
Männl.	6859	6216	4485			119028
	6	6	4			83
Weibl.	6148	6034	4361			118205
	2	1	1			34

Nach dieser Zusammenstellung tritt die Pityriasis lichenoides häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht auf. 83 männlichen Patienten stehen bei einer Gesamtzahl von 117 Fällen 34 weibliche gegenüber. Das würde ungefähr der Statistik Rieckes gleichkommen; bei ihm stehen 20 männlichen Patienten 10 weibliche gegenüber bei einer Gesamtzahl von 30 selbstbeobachteten Fällen. Es scheint also doch eine Bevorzugung des männlichen Geschlechtes vorzuliegen, nicht wie Juliusberg meint, daß eine Bevorzugung eines Geschlechtes kaum bestehe.

Die folgende Zusammenstellung zeigt nun, in welchem Alter die Pityriasis lichenoides am häufigsten in Erscheinung tritt. 5 Lebensjahre sind immer zu einer Gruppe zusammengefaßt, außerdem Trennung in 2 Geschlechter.

Lebensjahr	1.— 5.	6.—10.	11.—15.	16.—20.
Männl. Geschl.	4	8	5	10
Weibl. Geschl.	1	1	4	3
Lebensjahr	21.—25.	26.—30.	31.—35.	36.—40.
Männl. Geschl.	11	13	7	6
Weibl. Geschl.	6	6	6	3

Lebensjahr	41.—45.	46.—50.	51.—55.	56.—60.
Männl. Geschl.	5	4	4	1
Weibl. Geschl.	2	1	0	0
Lebensjahr	61.—65.	66.—70.		
Männl. Geschl.	4	1		
Weibl. Geschl.	1	0		

Nach dieser Statistik kommt also die Erkrankung am häufigsten zwischen dem 15. und 35. Lebensjahre beim männlichen Geschlechte zur Beobachtung; beim weiblichen Geschlechte vom 20. bis zum 35. Lebensjahre. Bei Rieckes 30 Fällen von Pityriasis lichenoides chronica schwankte das Alter zwischen dem 5. und 30. Jahr. Dieser Befund deckt sich ungefähr mit der Angabe Rieckes, der das 15. bis 25. Lebensjahr angibt, in dem sich das Leiden im großen ganzen meist entwickelt. Bei meinen Fällen war der jüngste von dieser Hautkrankheit befallene Patient 3 Jahre alt, dessen Leiden angeblich schon 1½ Jahre bestand, der älteste war 70 Jahre alt.

Es ist zu bemerken, daß das Gesamt-Patientenmaterial 1920 seinen Höhepunkt erreicht, bis 1924 annähernd gleichbleibt und dann bis 192 7ständig fällt, um von da ab konstant zu bleiben. Dies ist wohl eine Folgeerscheinung des Weltkrieges und der damaligen schlechten sozialen, hygienischen und materiellen Verhältnisse, der damaligen ungewöhnlichen Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten, besonders der Syphilis, der Pilzkrankheiten und der parasitären Erkrankungen, insbesondere der Skabies und Pediculosis. Heute ist die Patientenzahl wieder konstant. Im Gegensatz zu dieser absteigenden Linie der Patientenzahl steht die von 1926 verhältnismäßig höhere Zahl der Pityriasis lichenoides-Fälle. Dieses Verhältnis ist wohl in Verbindung zu bringen mit dem Rückgang der epidemieartig gehäuften Krankheiten (Syphilis, Pilz- und parasitäre Krankheiten), deren ungewöhnliche Häufung die Pityriasis lichenoides chronica als relativ seltene Krankheit erscheinen ließen.

Eine jahreszeitliche Schwankung im Auftreten der Krankheit konnte ich nicht feststellen. Die Zahl der Pityriasis lichenoides-Fälle war in den meisten Monaten annähernd gleich; nur die Monate September und Oktober wiesen eine etwas geringere Beteiligung auf. Ganz genaue Angaben über das jahreszeitliche Auftreten dieser Krankheit zu machen, stößt auf große Schwierigkeiten, da die Aussagen der Patienten meistens sehr ungenau sind bezüglich des Beginnes der Krankheit und der Schnelligkeit der

Ausbreitung des Leidens, zumal da die meisten Fälle erst nach vollkommener Entwicklung des keine Beschwerden verursachenden Exanthems und oft erst nach jahrelangem Bestande zur Untersuchung kommen.

Die Angaben bezüglich des Auftretens jahreszeitlicher Schübe sind nicht einheitlich, wie aus dem Folgenden ersichtlich. So gibt ein Kranker an, daß er im Winter eine geringe Besserung verspürte. Bei einem anderen, dessen Leiden seit dem zweiten Lebensjahr besteht und immer in Schüben auftritt, soll dagegen im Sommer eine geringe Besserung eintreten. Ein dritter Patient meint, daß manchmal im Sommer, zuweilen aber aber auch im Winter ein Abblassen des Exanthems eintritt.

Immer wieder weisen die Kranken auf die schubweise Aussaat der Krankheitseffloreszenzen in bestimmten Jahreszeiten hin; entsprechende Hinweise finden sich auch in der Literatur. So trat bei einem Falle Pinkus eine Verschlimmerung des Leidens angeblich in der kalten Jahreszeit ein, während bei einem Fall von Jadassohn durch die stärkere Transpiration im Sommer eine Zunahme des Exanthems sich zeigte.

Die Angaben über die Dauer des Leidens, sowohl bezüglich des Beginns als auch bezüglich des Abheilungszeitpunktes, sind recht ungenau. Zum großen Teil entzieht sich die letztere unserer Kenntnis, da die Kranken nach Aufklärung über ihr Leiden und bei dem mangelnden Erfolg einer Therapie sich der Beobachtung entziehen. Bei einzelnen Kranken ist es uns jedoch durch Umfrage und Nachuntersuchung gelungen, Angaben in bezug auf die Bestandsdauer der Erkrankung zu erhalten; sie schwanken außerordentlich. Bei 17 Kranken besteht das Hautleiden 3 bis 6 Monate, bei 9 Kranken 1 bis 2 Jahre, 12 Kranke geben 3 bis 5 Jahre an. Dann folgen Angaben über 8, 10, 15, ja sogar 38 und 64 Jahre Bestandsdauer der Krankheit. Diese Angaben sind ein Beweis für die Chronizität und gelegentlich außerordentliche Chronizität dieses Leidens. Zu beachten ist auch, daß bei dem der Krankheit eigenen schubweisen Verlauf die einzelnen Schübe ganz verschieden schnell aufeinander folgen und bezüglich der Ausprägung und der Anzahl der neu aufgetretenen Effloreszenzen große Unterschiede zeigen. Es ist anzunehmen, daß es bei jahrzehntelangem Bestande der Hauterkrankung Zeiten gegeben hat, in denen das Exanthem mehr oder minder verschwunden war, um dann wieder erneut in stärke-

rer Aussaat aufzutreten. Riecke weist schon 1907 auf das Vorkommen von länger dauernden Remissionen hin; ja es kann selbst das Exanthem völlig schwinden, doch ist damit nur ein Erlöschen sichtbarer Symptome erreicht, da ein baldiges Rezidiv das Vorhandensein des Krankheitsagens bestätigen kann. Kreibich sah andauernde Involution eines Exanthems während eines halben Jahres nach vierjährigem Bestande desselben.

Bei einzelnen Kranken finden wir Hinweise bezüglich auslösender Momente wie Infektionskrankheiten (Masern, Keuchhusten, Fieber). Entsprechende Angaben finden wir auch in der Literatur. So soll bei einem Falle Juliusbergs nach Angabe der Mutter das Exanthem unmittelbar im Anschluß an Masern aufgetreten sein. Rauschkolb beschreibt einen Fall, bei dem eine Verschlimmerung der Krankheit während zweier Schwangerschaften eingetreten ist.

Häufig wurde bei Fällen von Pityriasis lichenoides chronica eine gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit der Hautblutgefäße festgestellt, die sich in starkem Erythema pudoris, Urticaria factitia oder Dermographismus, spontanen urticariellen Eruptionen äußerte. So hält Wise den Dermographismus geradezu für ein charakteristisches Symptom dieser Erkrankung. Riecke fand bei seinen Fällen, daß bei einer Irritation der Efflor-eszenzen eine lebhafte, peripher sich ausbreitende, helle Rötung entstand. Einer meiner Fälle, der hier zu erwähnen sein dürfte, machte die Angabe, daß bei Erregung die einzelnen Krankheitseffloreszenzen stärker hervortreten. Werther beschreibt einen Fall, bei dem Reiben der Haut anhaltendes Nachröten herorrief, weiterhin klagte seine Kranke zeitweise über Herzklopfen und Blutandrang zum Kopf, außerdem kam es zum Auftreten brennender Erytheme von kurzem Bestande. Reiben und Kratzen der Flecke verursachte Blutaustritte unter der Haut. All diese Symptome lassen auf eine leichte Erregbarkeit von Herz und Gefäßen, auf leichte Verletzbarkeit der kleinen Gefäße und Neigung zu Stauung in den Venen schließen. Ein Fall Juliusbergs zeigte ebenfalls lebhafte vasomotorische Erregbarkeit; bei diesem Fall entsteht schon seit Kindheit bei leichten Erregungen und beim Genuß warmer Speisen starke Hautrötung mit starkem Jucken. Gottron sah bei einem Pat., dessen Effloreszenzen teilweise hämorrhagische Note aufwiesen, nach Anlegung der Stauungsbinde unterhalb derselben in allen Effloreszenzen Hämorrha-

gien auftreten; dieser Befund spricht ebenfalls für die hervorragende Beteiligung der Gefäße. Gottron spricht gewissermaßen von einem Rumpel-Leede, der fokal im Bereich der Effloreszenzen lokalisiert ist.

Was die Verteilung der Pityriasis lichenoides chronica an der Hautdecke anbelangt, so befällt das Exanthem weitaus am häufigsten den Stamm und die Extremitäten. Bei ersterem findet man des öfteren eine Aussparung oder geringeres Befallensein der mittleren oberen Brust -und Rückenanteile, während sonst die Verteilung der Effloreszenzen an keine besondere Lokalisation des Rumpfes gebunden ist; immerhin dürften die seitlichen Rumpfanteile häufiger etwas ausgedehnter befallen sein als die übrigen Rumpfanteile, wie dies aus vielfachen Festlegungen in den Krankenblättern hervorgeht. Im allgemeinen ist irgendeine Bevorzugung von Streck- oder Beugeseiten sowohl an den oberen wie auch an den unteren Extremitäten nicht feststellbar, was auch der Ansicht der meisten Autoren entspricht. Die Lokalisation der Effloreszenzen ist insofern eine durchaus regellose, daß sie keine Abhängigkeit vom Nerven- noch Gefäßverlauf zeigt; nur in den seitlichen Teilen des Stammes folgen die Effloreszenzen bisweilen der Richtung der Langerschen Spaltlinien und sind dann von ovaler Form (Jadassohn).

Nur äußerst selten sind Palmae und Plantae befallen. Von dem bei uns untersuchten Material war das z. B. bei einer 17-jährigen Tänzerin festzustellen. Wir sahen an den Handtellern hyperkeratotische, gleichsam in die Hornschicht eingelassene, derbe, glasig durchscheinende Krüstchen, außerdem Tüpfelnägel. Gerade die dort lokalisierten Effloreszenzen bedingen durch ihre Ähnlichkeit mit den Palmarsyphiliden den Grund zur Verwechslung der Pityriasis lichenoides mit Lues II, worauf vielfach in der Literatur hingewiesen wird.

Des öfteren sind auch Handrücken, ja sogar Fingerrücken, Sitz von knötchenförmigen Effloreszenzen.

Auch die Beugeseiten der großen Gelenke sind nicht häufig ergriffen, ich fand dies notiert bei 9 Fällen, bei denen die Achselhöhlen bezw. die Achselfalten befallen waren.

Zu den Besonderheiten gehört eine Ausbreitung des Exanthems im Bereich der Genitalien, was auch bei unseren Fällen festgestellt werden konnte. So demonstrierte Gottron aus dem Krankenmaterial der Klinik einen 16jährigen Gymnasiasten mit

Mitergriffensein von Penisschaft und Skrotum, ebenso einen 34jährigen Mann. Die Ansicht Juliusbergs, daß Herde an männlichen Genitalien relativ oft vorkommen, wird hierdurch bestätigt. Er fand, daß hier die lebhaft roten, bräunlichen oder livideroten Knötchen oft einen sehr ausgesprochenen wachsähnlichen Glanz haben und teilweise deutlich polygonal sind. Riecke sah am Margo praeputii und namentlich am inneren Vorhautblatte dicht gedrängte, lebhaft rote, etwas glänzende hirsekorngroße Knötchen, einzelne kleinere an der Penishaut, vereinzelte undeutlich begrenzte an der Glans; am Skrotum, besonders in der Nähe der Raphe, über hanfkorngroße dunkelrote Knötchen mit undeutlicher Desquamation.

Verhältnismäßig selten ist das Gesicht befallen, so sahen wir gelegentlich Effloreszenzen im Bereich der Stirn, der Augen, der Wangen, der Ober- und Unterlippe und des Kinnes.

Noch seltener ist der behaarte Kopf Sitz von Krankheitserscheinungen. Es ist dies nur bei drei Fällen notiert, von denen einer allerdings eine ausgedehnte Aussaat von papulösen Gebilden auf der Kopfhaut aufwies. Derartig lokalisierte Effloreszenzen sind bereits ausführlich von Rille und Riecke mitgeteilt worden.

Sehr selten sind Erscheinungen an der Mundschleimhaut, die für uns Zahnärzte neben den Veränderungen im Gesicht von besonderem Interesse sind. Erstmalig wurde diese Lokalisation (1907) von Riecke festgestellt, und zwar in Form einiger hirsekorngroßer, bräunlichroter, scharf umschriebener, ganz flacher Herde in der Mitte des harten Gaumens, von denen die meisten zentral dunkelrot und etwas eingesunken, die Randpartien ödematös und leicht opaleszierend waren. Alsdann konnte Gottron in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft den bereits an anderen Stellen dieser Arbeit erwähnten 17jährigen Gymnasiasten demonstrieren, bei dem die Mundschleimhaut in ausgedehntem Maße Sitz von Krankheitseffloreszenzen war, so die Schleimhaut der Unterlippe, der Wange und des Zäpfchens in Form einzelnstehender stecknadelkopf- bis senfkorngroßer Bläschen, die entweder auf einem etwa linsengroßen lebhaft geröteten Fleck oder auf einem flach sich vorwölbenden Knötchen saßen. Teilweise war die Blasendecke bereits eingerissen, und es kam so zur Ausbildung runder Erosionen mit scharf begrenztem lebhaft rotem Rande. Eine weitere Be-

teiligung der Mundschleimhaut konnte Gottron nur noch einmal vor einigen Jahren beobachten, und zwar bei einem Fall, der in seinem Gesamtverlauf jenen akut verlaufenden Fällen gleichzustellen war, die Touton in Dresden hervorgehoben hat. Sirota fand bei einem 27jährigem Manne linsengroße, gelblichrote Herde auf dem harten Gaumen und leicht opalescente Flecken auf der Schleimhaut beider Wangen. Krupnikoff sah Befallensein von Zunge und Lippenschleimhaut. Schwartz und Busman beschreiben zerstreute rötliche Papeln auf bläulich verfärbter Wangenschleimhaut.

Daß Allgemeinbefinden wird kaum durch die Krankheit beeinflußt; ebenso sind subjektive Beschwerden wie Juckreiz nur selten vorhanden. Bei den bei uns gesehenen 117 Pityriasis lichenoides-Patienten konnten nur 11 Fälle mit leichtem Jucken, z. T. nur anfangs, zeitweilig oder nachts, und nur 5 mit starkem Jucken beobachtet werden. Der weitaus größte Teil war frei von jeglichen Beschwerden, ebenso waren Kratzeffekte, die auf Juckreiz hätten schließen lassen, nicht zu sehen. Dieser Befund entspricht den Angaben der meisten Autoren. Finden sich doch nur selten in der Literatur Hinweise auf das Auftreten eines Juckreizes im Bereich der Effloreszenzen der Pityriasis lichenoides chronica. So weisen Matzenauer, Spiegler und Kaposi auf das Vorliegen eines Juckreizes hin, die beiden letzteren sprechen sogar von unerträglichem Jucken nach Schwitzen.

Drüsenschwellungen waren selten zu beobachten. Bei 10 Fällen fand ich das Vorhandensein einer Drüsenvergrößerung notiert; es handelte sich um mäßige, erbsen- bis bohnengroße Schwellungen der Hals-, Axillar- und Inguinaldrüsen.

Hinsichtlich der Entstehungsweise und Ursache der Dermatose ist nichts bekannt. Jedenfalls handelt es sich um eine chronisch entzündliche Dermatose. Die parakeratotischen Vorgänge verleihen dem Krankheitsbilde neben den klinischen Symptomen auch mikroskopisch seine Eigenart.

Die Krankheit ist weder übertragbar noch vererblich. Zum größten Teil waren es durchaus kräftige, robuste, blühend aussehende Individuen, die mit der Dermatose behaftet sind; nur bei einem Teil handelte es sich um anämische, weniger kräftige Kranke.

Gelegentlich wird Beziehung zu Angioneurosen angenommen. Riecke begründet diese Annahme damit, daß bei einer

auffällig großen Zahl von Fällen eine mehr oder weniger starke Irritabilität der Hautblutgefäße, entweder in Form von Dermographismus oder Urticaria factitia, eines Erythema fugax oder dergleichen bestand. Er konnte in jedem seiner Fälle feststellen, daß bei einer Irritation der Effloreszenzen analog den Erscheinungen bei Urticariaherden eine lebhafte peripher sich ausbreitende Rötung auftrat. Ebenso beobachtete von Zumbusch „kleine quaddelförmige Effloreszenzen von hellroter Farbe, zum Teil mit weißen Schuppen bedeckt". Diesen Befund sahen wir bei einem Teil der Patienten, jedoch nicht bei allen, bestätigt.

Ehrmann versuchte, die Erkrankung mit Stoffwechselanomalien in Beziehung zu bringen.

Andere Autoren dachten wieder an einen tuberkulösen Ursprung, da die Pirquet'sche Reaktion des öfteren positiv ausfiel. Wir konnten bei den bei uns gesehenen 117 Pityriasis lichenoides-Kranken nur in 6 Fällen einen positiven Pirquet feststellen, und zwar bei den akuten Formen. Sehr stark positiv war der Pirquet z. B. bei dem schon mehrfach erwähnten 16jährigen Gymnasiasten.

Bei einem nicht geringen Teil der Pityriasis lichenoides-Fälle wurde Abheilung unter Hinterlassung eines Leukoderms gesehen. Die erste derartige Beobachtung stammt von Arndt. In der Klinik konnten wir in 7 Fällen eine derartige Abheilung sehen. Sicherlich läge die Zahl noch höher, wenn alle Patienten bis zur völligen Heilung ihres Hautleidens in Behandlung geblieben wären. In 4 Fällen war es zur Ausbildung eines typischen Leukoderma colli gekommen, während sich bei den übrigen das Leukoderm auch auf den Körper erstreckte. Bei einem Fall sahen wir am ganzen Körper stecknadelkopf- bis linsen- bis bohnengroße, stellenweise konfluierende leukodermatige Flecken, die am ausgeprägtesten am Hals und unter den Schulterblättern waren. Dadurch wird neben den bereits an anderer Stelle dieser Abhandlung erwähnten Tatsachen die Krankheit noch syphilisähnlicher und führt oft genug zu Verwechslungen. Einige dieser Fälle wurden der Klinik mit der Diagnose Syphilis zugeschickt mit dem Vermerk, daß sie jeder antiluetischen Kur trotzten. Die genaue klinische und histologische Untersuchung ergab dann eine Pityriasis lichenoides chronica. Außerdem waren die Serumreaktionen stets negativ.

Neuerdings weist Michelson darauf hin, daß beim syphilitischen Leukoderm die weißen Flecke ziemlich regelmäßig geformt sind und auf einem nicht hyperpigmentierten Grunde stehen, während bei der Pityriasis lichenoides chronica die weißen Flecke unregelmäßiger sind und in hyperpigmentierter Umgebung sitzen, was auch Lortat-Jacob und Fernet bestätigen.

Puenta sah eine Patientin mit Parapsoriasis guttata und Leukoderma colli und positiver Wassermannscher Reaktion. Die angewandte antiluetische Kur war jedoch völlig unwirksam auf die Hautgebilde.

Milian und Lafourcade beschreiben einen Fall von Pityriasis lichenoides chronica mit Leukoderm, der weitgehend einem frischen Syphilid mit Leukoderm ähnelte, besonders da eine papulöse Effloreszenz am Penis an den Rest eines Primäraffektes denken ließ. Doch bestanden nirgends Drüsenschwellungen, und mehrere Serumreaktionen waren negativ.

Derartige differentialdiagnostische Schwierigkeiten mit Lues wurden aus all den erwähnten Momenten vielfach in der Literatur erörtert. Diese waren in der Zeit, bevor die Wassermann'sche Reaktion bekannt war, noch größer, wie uns ein von E. Hoffmann geschilderter Fall zeigt. (1908).

Die Prognose der Pityriasis lichenoides chronica ist insofern günstig, als die Hautkrankheit auf das Allgemeinbefinden, außer gelegentlichen subjektiven Beschwerden, keinen Einfluß hat. Dagegen ist die Prognose hinsichtlich einer dauernden Heilung bedeutend ungünstiger. Es sind zwar spontane Heilungen festgestellt worden, jedoch ist immer wieder mit einem Rezidiv zu rechnen. Bis vor kurzem galt das Hautleiden als unheilbar; in den letzten Jahren werden einige Mittel von einem Teil der Autoren als therapeutisch wirksam angesehen.

Einfettungen mit indifferenten oder milden Salben, Bäder usw. führten nur zu einer schnellen Beseitigung der Schuppen; der Erfolg war höchstens vorübergehend. Erfolglos waren weiter Anwendungen von Teer-, Quecksilber-, Schwefelpräparaten und Antipyrin. Chrysarobin und Pyrogallus ergaben vorübergehende Besserung. Brocq hält 10% Pyrogallussalbe mit 2½% Salicylsäure für das beste örtliche Behandlungsmittel.

Gegen die Wirksamkeit von Arsenmedikation, sei es per oral oder intravenös, sprechen sich Jadassohn, Kreibich, Julius-

berg, wie überhaupt die meisten Autoren aus. Ehrmann dagegen heilte einen Fall durch Arseninjektionen, ebenso Gruß. Im Gegensatz zu diesen vereinzelten günstigen Beobachtungen steht das übereinstimmende Urteil der meisten Autoren. Eine energische und lange durchgeführte Arsenbehandlung kann höchstens eine geringe Besserung erzielen.

Herxheimer und Köster brachten durch Pilokarpin intravenös das Exanthem zum Schwinden. Auch von anderer Seite wurde dieser Befund, wenn auch nur eingeschränkt, bestätigt. Die mitunter eklatante Wirkung des Pilokarpins führen Herxheimer und Köster auf die bessere Durchblutung und Ernährung der Haut, teils auf die erhöhte Erregbarkeit derselben, teils auf die Steigerung der Schweißsekretion zurück.
Andere Autoren empfehlen Lichtbehandlung, entweder als natürliche Sonnenbestrahlung oder durch Anwendung künstlicher Lichtquellen.

Ehrmann empfiehlt seine kombinierte Licht- Arsentherapie. Durch die Wirkung des Arsens auf die Kapillaren wird nach seiner Meinung in den Papillen eine Steigerung ihrer Empfindlichkeit, also eine Sensibilisierung der Haut gegenüber der Lichteinwirkung hervorgerufen. Einige Arseninjektionen müssen also der Lichtanwendung vorausgehen. Ehrmann beginnt nach der 6. Arseninjektion mit der Quarzlampen- oder Höhensonnenbestrahlung bei fortgesetzter schwacher Arsenmedikation. Die Bestrahlung soll immer ein ausgesprochenes Lichterythem hervorrufen. Mittels dieser Therapie heilte er 7 Fälle. 2 davon sind seit 10 Jahren symptomlos, vier seit 2—5 Jahren, einer ist nach einjähriger Beobachtung aus seinen Augen verschwunden.

Friedmann sah bei einem 22jährigen Manne Abheilung im Sommer nach täglichen einstündlichen Insolationen, ausschließlich der Stellen, die von der Badehose bedeckt waren; darauf Leukodermbildung. Ebenso konnte Diasio mittels Höhensonne Abheilung bewirken, die noch vier Monate nach der Behandlung anhielt; dasselbe bestätigte Goodman.

Barber erzielte relativ schnelle Heilung durch intravenöse Injektionen von Goldpräparaten (Solganal). Auch Gougerot und Cartiand benützten die intravenöse Goldmedikation (Chrysalbin) mit Erfolg, worauf fortschreitende Besserung, aber keine völlige Heilung eintrat.

Füllenbaum sah gute Erfolge nach Rückenmarkbestrahlung nach Gouin, Konrad durch Buckys Grenzstrahlentherapie.

Nur bei einer ganz geringen Zahl der Pityriasis lichenoides-Kranken konnte ich die Behandlungsmethode feststellen. Bei sehr wenigen Fällen fand ich Angaben über den Heilungsverlauf. Im folgenden will ich darüber berichten.

In der Mehrzahl dieser Fälle wurde Arsen innerlich verordnet, ob mit oder ohne Erfolg, entzieht sich meiner Kenntnis.

Bei einem 21jährigen Patienten, der seit 5 Monaten an Pityriasis lichenoides chronica litt, wurden Schwefelbäder, 2% Salicylvaseline und Arsen innerlich verabreicht. Schon nach zehn Tagen war ein deutlicher Rückgang der Krankheitserscheinungen zu bemerken. Neun Tage später war das Exanthem vollständig abgeheilt. Die Nachuntersuchung, 15 Monate später, ergab, daß in der Zwischenzeit kein neuer Ausschlag aufgetreten war. Die Haut war vollkommen frei von irgendwelchen Effloreszenzen; an den seitlichen Hals- und Rumpfanteilen bestand ein aus erbsengroßen weißlichen Flecken bestehendes Leukoderm, das sich von der stärker pigmentierten Umgebung deutlich abhob.

Bei einem weiteren Patienten (21 Jahre) begann das Leiden aus vollem Wohlbefinden heraus. Nach zehn Tagen suchte er die Klinik auf. Die Therapie war folgende: 3 mal täglich 5 Tropfen Arsen steigend jeden dritten Tag, jeden zweiten Tag ein Bad. Nach 14 Tagen waren keine neuen Herde mehr festzustellen; die bestehenden Effloreszenzen waren weiter in Rückbildung begriffen und wandelten sich allmählich mehr und mehr zu Pigmentflecken um. Der Kranke entzog sich der weiteren Beobachtung.

Ein weiterer Fall betrifft einen 51jährigen Patienten. Dieser klagte über anfallsweise täglich ein- oder mehrmals auftretendes heftiges Jucken seit einem Jahr, das wenige Minuten bis zu einer halben Stunde dauerte. Nach 1½ Monaten waren die Erscheinungen der Pityriasis lichenoides chronica durch Bestrahlungen im Solarium fast völlig verschwunden.

Wirksam erwies sich diese in Kombination mit Arsen, und zwar bei einer 18jährigen Tänzerin, die seit 3 Jahren mit einer Pityriasis lichenoides chronica (Typ Touton) behaftet war. Die Therapie bestand in Arsen innerlich und Solariumbehandlung. Schon nach zwanzig Tagen wurde ein leichter Rückgang der Erkrankung bemerkt. Vier Wochen später waren keine typischen Veränderungen mehr zu sehen.

Im folgenden möchte ich einige Fälle, die mir Professor Gottron freundlicherweise aus seiner Krankensammlung überlassen hat, und die irgendwelche Besonderheiten zeigen, etwas genauer beschreiben.

Zuerst zu dem Krankheitszustand eines 16jährigen Gymnasiasten, den Gottron bereits in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft am 7. XII 26 vorgestellt hat. Hierbei handelt es sich um eine akut verlaufende Pityriasis lichenoides mit ungewöhnlichem Erscheinungsbild, das Gottron Pityriasis lichenoides vesiculosa (acuta) benannt hat. Ungewöhnlich war dabei weiterhin das ausgedehnte Mitbetroffensein der Mundschleimhaut. Bei diesem Fall ist zunächstd ie Schnelligkeit, mit der es hier zur Aussaat des Exanthems gekommen ist, hervorzuheben. Innerhalb weniger Tage breiteten sich die zahlreichen Effloreszenzen am Stamm, der in ganzer Ausdehnung unter Bevorzugung der seitlichen Rumpfanteile befallen ist, und an den Extremitäten aus, wobei die Beugeseiten und insbesondere auch die Achselhöhlen eine viel dichtere Aussaat von Effloreszenzen aufweisen als die Streckseiten. Auch die Hand- und Fußrücken sind Sitz von Krankheitsgebilden, während die Handinnenflächen und Fußsohlen verschont geblieben sind. Besonders bemerkenswert ist das Mitbetroffensein des Gesichts, des Halses und des Nackens sowie auch der Genitalien (Penisschaft und Skrotum). Weiterhin ist die Akuität der einzelnen Krankheitselemente zu betonen. Die scharf begrenzten, rundlichen bezw. ovalen, reiskorn- bis erbsengroßen, sich halbkugelig vorwölbenden Knötchen sind anfangs von lebhaft roter, später von mehr bräunlichroter Farbe und weisen eine ausgesprochene ödematöse Note auf. Sie bedecken sich im Laufe der Entwicklung dementsprechend nicht mit einer schuppenden, sondern mit einer schuppig-krustösen Auflagerung, womit gleichzeitig eine allmählich fortschreitende Rückbildung des Infiltrats einsetzt. Die Konsistenz der Gebilde erscheint weicher als das sonst bei dieser Erkrankung der Fall ist. Die Akuität des Krankheitsprozesses kommt aber besonders dadurch zum Ausdruck, daß ein nicht unbeträchtlicher Teil der Knötchen zentral ein stecknadelkopf- bis reiskorngroßes Bläschen aufweist. Vereinzelt finden sich auch noch größere blasige Gebilde, die sich zuweilen nur auf einem scheibenförmigen Erythem erheben. Auch dadurch, daß die Lebensdauer der einzelnen Effloreszenzen sich nur über wenige Tage erstreckt, kommt der akute Charakter der Erkrankung zum Ausdruck.

Ganz besonderes Interesse aber verdient der Fall durch das Mitbefallensein der Schleimhaut. Die Schleimhaut der Unterlippe, der Wange und des Zäpfchens ist der Sitz von einzelstehenden stecknadelkopf- bis senfkorngroßen Bläschen, die sich entweder auf einer etwa linsengroßen, lebhaft geröteten Macula oder auf einem flach sich vorwölbenden Knötchen erheben. Bei einem Teil der Bläschen ist die Blasendecke eingerissen, und es ist zur Ausbildung von runden Erosionen mit scharf begrenzter, lebhaft roter Randzone gekommen.

Im vorliegenden Falle haben wir eine besondere Varietät der Pityriasis lichenoides chronica vor uns, die charakterisiert ist durch

den akuten Verlauf und die exsudativ-vesiculäre Entwicklung der zentralen Anteile zahlreicher Knötchen, auf die Gottron schon im Jahre 1926 aufmerksam gemacht hat unter Hinweis auf früher beobachtete Fälle und auf die von Coillny als Pityriasis lichenoides in exsudativ-vesiculäre Forrm beschriebenen Krankheitsfälle. In der Klinik haben wir einen derartigen von der Norm abweichenden Verlauf der Pityriasis lichenoides nur noch einmal beobachten können. Von der anderen häufiger zur Beobachtung gelangenden Varietät der Pityriasis lichenoides, die in exsudativ-hämorrhagisch-nekrotisierender Form zu verlaufen pflegt und zuerst von Mucha näher charakterisiert wurde, ist der vorliegende Fall unterschieden durch den Mangel von Hämorrhagien und das Fehlen der Nekrose mit anschließend narbiger Abheilung. Die Krankheit heilt in vorliegendem Falle, wie die weitere Beobachtung zeigte, innerhalb weniger Wochen unter Hinterlassung brauner Pigmentierung ab und weist dementsprechend eine bessere Prognose als die chronisch verlaufenden Fälle auf.

Bemerkenswert erscheint noch die Tatsache, daß bei dem Kranken die Pirquet'sche Reaktion stark positiv war mit zentral blasiger Abheilung und peripherwärts ausstarhlenden lymphangitischen Strängen von mehreren Zentimetern Länge, ohne daß bei dem im übrigen kräftig entwickelten jungen Manne Zeichen einer inneren Tuberkulose aufzudecken waren. Wassermann'sche Reaktion und Sachs-Georgi negativ.

In der Aussprache der Sitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft vom 10. Mai 1927 führt Gottron noch folgendes über diesen Fall aus: Auf Grund klinisch-morphologischer Verschiedenheiten ist dieser Fall unter der Bezeichnung akut verlaufende vesikulöse Pityriasis lichenoides von den akut hämorrhagischen mit Nekrosen einhergehenden Pityriasis lichenoides-Fällen, wie sie erstmalig von Mucha demonstriert wurden, abgetrennt worden. Gottron vertritt die Auffassung, daß wir jetzt 3 verschiedene Varietäten von akut verlaufender Pityriasis lichenoides kennen, einmal die Muchaschen Fälle, dann die akuten psoriasiformen Fälle, auf die Touton zuerst hingewesen hat, und zuletzt die akut vesikulösen Fälle. 7

Die Annahme Buschkes, eines besonderen Krankheitsbildes, bestreitet Gottron in einer zweiten Aussprache hierzu auf das energischste mit dem Einwand, da ßman Fälle beobachten kann, die lange Zeit hindurch das typisch klinisch-morphologische Bild

der Pityriasis lichenoides chronica bieten, dann aber in einer oft plötzlich auftretenden Exacerbation Effloreszenzen akuten Charakters, wie die hier demonstrierten, aufweisen.

Dabei weist Gottron darauf hin, daß schon Jadassohn in seiner ersten Mitteilung und vor vielen Jahren auch Pinkus darauf hingewiesen haben, daß gelegentlich bei der Pityriasis lichenoides chronica die eine oder andere Effloreszenz einen hämorrhagisch-nekrotischen Charakter annehmen kann.

Ein weiterer Fall aus dem Jahre 1926 betrifft einen 21 jährigen Patienten mit einer atypischen Pityriasis lichenoides mit Blasenbildung.

Anamnese: Als Kind stets gesund. Mit 15 Jahren Lungenentzündung. Venerische Infektion wird negiert. Eltern und zwei Geschwister leben und sind gesund.

Vor zehn Tagen plötzliches Auftreten eines Hautausschlages aus völligem Wohlbefinden heraus. Zuerst wurden rote linsengroße Quaddeln an der linken Brustseite beobachtet. In den nächsten fünf Tagen Ausbreitung des Ausschlags unter Juckreiz über den ganzen Rumpf. Farbe der Effloreszenzen hellrot. Gleichzeitig beobachtete der Patient im Bereich mehrerer Effloreszenzen Aufschießen von Bläschen.

Während der Eruption des Exanthems geringes Fieber, Kopfschmerzen und vier Tage lang Obstipation. Jedoch keine starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Bisher unbehandelt.

Hautstatus:

Mittelgroßer magerer Mann mit blasser Gesichtsfarbe und mäßiger Durchblutung der sichtbaren Schleimhäute. Befallen ist hauptsächlich der gesamte Rumpf; ferner die Arme bis dicht an die Handgelenke; die Handflächen sind frei. An den unteren Extremitäten sind hauptsächlich die Oberschenkel befallen; nur vereinzelte Effloreszenzen an den Unterschenkeln. In geringem Maße sind auch Gesicht, Hals, Penis und Skrotum befallen. Eine gewisse Symmetrie des Ausschlages besteht insofern, als die Gegenden der Ellenbogen und Kniescheiben sowie die Vorderkanten der Tibiae völlig frei von Krankheitserscheinungen sind.

Das Exanthem am Rumpf baut sich aus sehr mannigfaltig gestalteten Einzeleffloreszenzen auf.

Die Einzeleffloreszenz ist etwa linsen- bis erbsengroß und steht überall streng isoliert und zwar auch dort, wo durch Rötung des Zwischenraumes zwischen den Effloreszenzen diese strenge Isolierung scheinbar verwischt ist.

Die Erscheinungsformen der Einzeleffloreszenzen lassen ein recht mannigfaltiges Zustandsbild im Cyklus der Aus- und Rückbildung erkennen. Einmal sieht man hellrote, kalottenförmig aus dem Hautniveau vorspringende, an der Oberfläche glatte, nicht schuppende Papeln offensichtlich als frischeste Bildungen. Daneben mehr bräunlichrote bis blaurote, rundliche und auch ovale Papeln, deren Konsistenz etwas derber ist, und deren Oberfläche bereits Andeutung geringer Schuppung zeigt, deutliche

Schuppenbildung fehlt aber. Diese Effloreszenzen sind flacher als die zuerst beschriebenen und stellen offenbar deren erste Umwandlungsform dar. Andere Papeln sind weiter abgeflacht und bräunlicher geworden und weisen an der Oberfläche eine sie ganz bedeckende Schuppe auf, deren Rand bei einem Teil noch festsitzt, bei anderen bereits hutkrempenartig abgehoben ist. Dem sie loskratzenden Finger leisten diese Schuppen erheblichen Widerstand. Dieser Effloreszenztyp ist nur hier und da vorhanden. Beherrscht wird das Bild in dieser Entwicklungsreihe von den roten Papeln und deren erster bräunlichroter bis bläulichroter Umwandlungsstufe. Noch seltener sieht man linsen- bis erbsengroße graue Kollodiumhäutchen, die auf der Haut wie aufgeklebt erscheinen, sich nicht ganz leicht loskratzen lassen, und unter denen entweder ein geröteter Fleck oder aber eine depigmentierte weißliche Haut sichtbar wird. Schließlich sieht man spontan sich loslösende Schuppen und darunter oder auch an Stelle der bereits abgefallenen Schuppen graubraune Pigmentflecke.

Daneben ist eine zweite Entwicklungsreihe aus den anfänglich beschriebenen roten Papeln zu beobachten, die in mancher Hinsicht eigenartig sind, und die auch durch ihren Reichtum das Gesamtkrankheitsbild wesentlich beeinflussen.

Besonders in der Umgebung der vorderen Achselfalten, aber auch zerstreut über den übrigen Körper, so besonders an den Oberarmen, in der Bauchgegend und an den Vorderseiten der Oberschenkel sieht man hirsekorn- bis linsengroße Blasen, die von einem schmalen hellroten, etwas papulösen Hof umgeben sind. Diese Blasen sind zumeist prall gespannt und weisen einen serös-eitrigen Inhalt auf, der grau bis gelblich durchschimmert. Die Blasen überschreiten nirgends den ursprünglich als Papel vorgebildeten Rand. Im weiteren Verlauf nimmt der Blaseninhalt allmählich ab, die pralle Spannung geht mehr und mehr verloren, statt dessen kommt es zu erbsengroßen schuppig-krustösen Auflagerungen, die entweder in toto abzulösen sind oder aber beim Loskratzen teilweise in Brocken zerfallen, während der freiwerdende Untergrund noch feucht oder bereits abgetrocknet ist. Diese Schuppenkrusten trocknen weiter ein, schrumpfen und erwecken nunmehr je nach dem Grade vorausgegangener seröser Durchtränkung den Eindruck eines mehr oder minder modifizierten Kollodiumhäutchens oder den einer ausgesprochenen Borke. Schließlich sind auch diese abgefallen, und man sieht als letzten Restzustand stärker pigmentierte Flecke an im übrigen normal beschaffener Haut. Die Pigmentflecke stehen teils isoliert, oder aber sie sind zu größeren Flecken und Streifen zusammengeflossen.

Schleimhäute: o. B.

Zunge: Lingua scrotalis; an den vorderen und seitlichen Zungenrändern: Exfoliatio areata linguae.

Drüsen: Es besteht eine allgemeine mäßige Drüsenschwellung.

Allgemeinbefinden: leicht gestört.

Temperatur: 38^0.

Obstipation seit mehreren Tagen. Appetitlosigkeit.

Lungen und Herz: o. B.

Bauchorgane: o. B. Genitale: o. B. Reflexe: o. B.

Urin: Sacch. negativ. Alb. negativ.

Wa. R.: negativ. S. G. R.: negativ. Pirquet: negativ.

Sp. p.: —.

Blutbild: Hb 90%. Rote: 4,8 Mill. Leuk. 8000. Eos. 4%. Jugendl. 1%. Stabk. 2%. Segmentk. 50%. Lymph. 38%. Gr. Mon. 5%

Kulturen mit Blaseninhalt: steril.

Impfung mit Blaseninhalt an der Meerschweinchenplanta und an der Kaninchencornea verliefen völlig negativ.

Verlauf:

Zwei Tage nach Aufnahme in die Klinik deutliche Rückbildung. Die Effloreszenzen blassen ab und werden flacher. Die Blasen sind eingetrocknet und bilden eine festanhaftende Borke. An einzelnen Stellen jedoch auch neue Blasen. Allgemeinbefinden gut. Abends Temperatur 38°.

Am nächsten Tage an den Innenseiten beider Oberschenkel neue Effloreszenzen, urticariell, blaßrot, umgeben von hellrotem Hof. Im übrigen weiteres Abblassen des Exanthems. Infolge der Rückbildung des Infiltrates der papulösen Effloreszenzen springen jetzt besonders die krustösen Auflagerungen in die Augen. Die Temperatur ist abgefallen.

Vier Tage später: Anstelle der abgeflachten Papeln sieht man jetzt bereits sehr zahlreiche Pigmentflecke. Die mit Schuppen bedeckten Effloreszenzen beginnen in größerem Umfange abzuschilfern. An den vorderen Achselfalten noch einige neue Bläschen.

Zwei Tage später: Es entwickelt sich immer mehr der Charakter einer typischen Pityriasis lichenoides chronica. Keine Blasenbildung mehr, sondern nur noch Papeln, Kollodiumhäutchen, Pigmentflecke. Seit heute Arsentropfen, 3 mal täglich 5 Tropfen steigend jeden dritten Tag; jeden zweiten Tag ein Bad.

Drei Tage später: Immer mehr typische Pityriasis lichenoides chronica.

Zwei Tage später: Weitere Besserung des Hautbefundes, Abnahme der Erscheinungen.

Am nächsten Tage Entlassung. Es besteht eine typische Pityriasis lichenoides chronica. Auffällig ist die große Anzahl von Pigmentflecken; diese bedecken in großer Ausdehnung den ganzen Körper, teils streifig, zum Teil auch zu größeren Pigmentflecken konfluiert. Arsen weiter, desgleichen Bäder.

Das Bemerkenswerteste des eben geschilderten Falles ist darin zu erblicken, daß hier bei den akut einsetzenden Fällen die aufschießenden Effloreszenzen vielfach den vesiculösen Charakter aufweisen, neben einer Gruppe von Effloreszenzen, welche von Anfang an das charakteristische Bild der gewöhnlichen Pityriasis lichenoides-Effloreszenzen zeigen. Daß es sich bei diesem papulös-vesikulösen Exanthem wirklich um eine Pityriasis lichenoides handelt, erhellt vor alelm daraus, daß nach einigen Tagen das Krankheitsbild einer gewöhnlichen Pityriasis lichenoides chronica wahrnehmbar war.

Der im folgenden mitzuteilende Fall darf als Beweisstück für

die Zugehörigkeit akut verlaufender Fälle zur Pityriasis lichenoides chronica betrachtet werden, was aus der Krankheitsgeschichte und der Besprechung hervorgehen dürfte.

Es handelt sich um einen 28jährigen spanischen Arzt mit einer akut einsetzenden Pityriasis lichenoides (bereits durch Gottron in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft im Februar 1930 demonstiert. Dermatologische Zeitschrift Bd. LVIII 1930, S. 38), bei dem Stamm und Extremitäten mit Krankheitseffloreszenzen übersät sind, die innerhalb von etwa 10 Tagen diese Dichtigkeit der Aussaat erreichten. Ursprünglich waren vor allem die seitlichen Rumpfteile, insbesondere nach der Achselhöhle zu, und das obere Drittel der Extremitäten am stärksten befallen, so daß diese Verteilung und das Vorhandensein von fleckförmigen seborrhoiden Effloreszenzen Gottron an Pityriasis rosea denken ließen, eine Diagnose, die aber nicht aufrecht erhalten werden kann. Einige Tage später waren auch die übrigen Teile des Stammes und der Extremitäten einschließlich der Hand- und Fingerrücken befallen. Daneben wurden behaarter Kopf, Gesicht sowie die Schleimhäute der Unterlippe Sitz einer größeren Anzahl von Effloreszenzen. Diese boten sich in der Hauptsache als reiskorn- bis über erbsengroße meist rundliche, bläulichrote oder bräunlichrote knötchenförmige Gebilde dar, die zu einem geringen Teil zentral ein oft Linsengröße an Umfang erreichendes Bläschen aufwiesen. Etwa drei Wochen nach Einsetzen der Erkrankung war das Bild insofern ein anderes, als jetzt in größerer Zahl hämorrhagisch-nekrotische Effloreszenzen (Typ Mucha) vorhanden waren, die in bemerkenswerter Weise neben ihrem hauptsächlichen Verbreitungsort am Stamm auch auf Hand- und Fingerrücken zu Gesicht kamen. Jetzt waren auch, was in der Folgezeit immer noch in Erscheinung trat, zahlreiche charakteristische Knötchen wahrnehmbar, die sich unter allmählicher Rückbildung des Infiltrates mit einem Schüppchen bedeckten, das sich schließlich als kollodiumartig aufgeklebt erscheinendes Häutchen darbot.

Dieser akut einsetzende Fall wies im Laufe seiner Beobachtung alle bekannten Varietäten der akuten Pityriasis lichenoides auf: Die seborrhoische Form (die ja ursprünglich an Pityriasis rosea denken ließ) Toutons, auf deren Vorkommen Gottron schon früher wiederholt hingewiesen hat, weiterhin die von Gottron zuerst demonstrierte vesikulöse Form und zuletzt die vielfach beobachtete Mucha'sche Form, während jetzt nach Rückbildung der noch sichtbaren Effloreszenzen vom Mucha'schen Typ in der Hauptsache das gewöhnliche Bild der Pityriasis lichenoides vorliegt. Die hier beobachtete Entwicklungsreihe zeigt, wie Gottron ausführte, daß wir immer mehr mit größerer Sicherheit all diese Erscheinungsbilder der Pityriasis lichenoides zurechnen dürfen, deren Erscheinungsbild dementsprechend zu erweitern ist. Außerdem sind Fälle von Parakeratosis variegata als ungewöhnliche

Ausgangsform der Pityriasis lichenoides chron. aufzufassen, wie Gottron in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft ausführen konnte (Dermatologische Ztschr. Bd. LVI 1929, S. 139).

Bei dem im vorstehenden geschilderten Krankheitsfall machte Gottron noch auf die folgenden Punkte aufmerksam: 1. Pirquetsche Reaktion stark positiv; klinisch jedoch keine Zeichen einer aktiven Tuberkulose. 2. Bei Feststellung des Blutdruckes, der jetzt eine Höhe von 115—70 aufweist, machte der Kollege die Angaben, daß zuweilen bei ihm ein höherer Blutdruckwert festzustellen ist, und daß er bereits vor sechs Jahren, also im 22. Lebensjahr, einmal einen Blutdruck von 140 aufgewiesen habe. Wir haben es also mit einem labilen Hypertoniker zu tun. Die labilen Hypertoniker weisen aber, wie Gottron beweist, eine erhöhte Reaktionsbereitschaft der Haut auf. So wird wohl bei dem im übrigen vollblütigen und mäßig beleibten Krankten die Akuität der Pityriasis lichenoides auf Grund seiner konstitutonellen labilen Hypertonie verständlich. Für die labile Hypertonie spricht auch, daß die normale Zahl der roten Blutkörperchen auf 5,3 Mill. erhöht ist. Blutbild: 5,3 Mill. Rote. Differential-Blutbidl: B. 1, Eos., 2, Stabk. 3, Segmentk. 46, Lymphoc. 45, Monoc. 5%. 3. Der Kollege führte von sich aus als Therapie eine möglichste Beschränkung der Nahrungsaufnahme durch (zwei Glas Milch, einige rohe Aepfel und Butterbrote). Danach (ob post oder propter hoc fraglich) bildete sich die akute Note des Krankheitsbildes zurück.

Angeschlossen sei die Krankengeschichte eines 36jährigen Mannes mit einer Pityriasis lichenoides chronica (durch Gottron bereits in der Dermatologischen Ztschr. Bd. XLVII 1926, S. 317 mitgeteilt). Der Kranke bemerkte vor ungefähr zwei Jahren zum ersten mal an sich die jetzt noch bestehenden Krankheitserscheinungen. Der Arzt, der ihn behandelte, stellte die Diagnose Syphilis und leitete eine antiluetische Kur ein, die jedoch ohne irgendwelchen therapeutischen Erfolg blieb. Hier treten die verschiedenen Stadien der Entwicklung nebeneinander bestehend ausgeprägt in Erscheinung.

Am Rumpf und besonders an den Extremitäten finden sich in nahezu symmetrischer Verteilung unregelmäßig verstreute, halbkugelig sich vorwölbende, bis linsengroße, gelblich-bräunliche, derbe, anfangs schuppenlose papulöse Gebilde. Diese bedecken sich in einem späteren Stadium, meist unter teilweiser Rückbildung der papulösen Infiltration, mit einer grauweißen, festhaftenden Schuppe. Schließlich kommt es zur vollkommenen Rückbildung der Infiltration, und es sind alsdann nur noch Schuppen sichtbar, die der Haut ähnlich wie ein Kollodiumhäutchen aufsitzen, das in der Peripherie aufgeblättert ist und im Zentrum festhaftet.

Zwei Punkte sind es nun, die Gottron Veranlassung geben, diesen Fall der nicht allzu seltenen Pityriasis lichenoides chronica vorzustellen. Zuerst ist bei diesem Kranken die ungewöhnlich stark ausgesprochene Infiltration der papulösen Gebilde bemerkenswert. Weiterhin weist ein Teil der Effloreszenzen, besonders im Bereich der unteren Extremitäten, Hämorrhagien auf. Diese haben ihrerseits bei diesem Kranken zu einem akut-nekrotischen Zerfall einzelner papulöser Gebilde geführt, die unter Hinterlassung einer etwas eingesunkenen Narbe zur Abheilung kommen.

Bemerkenswert ist also, daß die hämorrhagisch-nekrotische Note nur in der Peripherie und zwar im Bereich der unteren Extremitäten zur Entwicklung kam, wobei vielleicht durch das Beschränktsein auf diese Körperregionen auf eine Beziehung dieser Note zum Kreislauf gerechnet werden kann.

Im folgenden wird die Krankengeschichte eines 34jährigen Mannes (bereits von Gottron mitgeteilt in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, Dermatologische Ztschr. Bd. LII 1928, Sö 42, 224) gegeben. Hier ist bemerkenswert, die Art der Ausbreitung auf der Körperdecke, die Note der Einzeleffloreszenzen und die Verlaufsweise der Krankheit. Das Auffällige ist hier besonders im akuten Beginn der Erkrankung zu erblicken. Innerhalb weniger Taeg entwickelte sich die Aussaat des Exanthems, das vor allem an den Extremitäten ohne Bevorzugung von Streck- oder Beugeseite und insbesondere auch an den Händen, sowohl Handinnenflächen als auch Handrücken, lokalisiert ist, während nur in beschränktem Umfange der Rumpf in seinen seitlichen Teilen Sitz der Erkrankung ist. Außerdem sind auch das Gesicht (Nasenrücken, Nasenflügel, Kinn, Oberlippe), der Hals und der Nacken und besonders auch die Genitalien (Penisschaft und Skrotum) befallen. Im Beginne der Erkrankung waren hauptsächlich nur mäßig infiltrierte, bräunlich-rote, papulöse Effloreszenzen vorhanden, die nur eine mäßige Schuppung aufwiesen. Die charakteristischen kollodiumartig aufgeklebten Häutchen waren nur ganz vereinzelt zu sehen. In der Achselhöhle und den Inguinalbeugen waren vergrößerte Drüsen tastbar.

Gottron macht noch aufmerksam darauf, daß ein Teil der Effloreszenzen einen hämorrhagisch-nekrotischen Charakter angenommen hat, wie das ja des öfteren bei den akut einsetzenden Formen der Pityriasis lichenoides der Fall ist. Bemerkenswerter-

weise bildete sich die hämorrhalische Note bei einigen Effloreszenzen am linken Unterarm während des Anlegens der Stauungsbinde aus, so daß wir es gewissermaßen mit einem Rumpel-Leede, der fokal im Bereich der Effloreszenzen lokalisiert ist, zu tun haben (Gottron). Wassermann'sche Reaktion negativ. Pirquet negativ.

Es folgen nun zwei Fälle von akuter Pityriasis lichenoides vom Typ Mucha.

Im ersten Falle handelt es sich um eine 34 jährige Patientin aus dem Jahre 1927. Diese hatte angeblich früher nie einen Hautausschlag. Erstmaliges Auftreten der Erkrankung vor 14 Tagen. Es kam zu einer plötzlichen Aussaat zuerst an den oberen, dann an den unteren Extremitäten. Befallen sind die Streckseiten der Extremitäten und die seitlichen Rumpfteile. Es handelt sich um stecknadelkopf- bis linsengroße in normaler Haut aufschießende Einzeleffloreszenzen von blaß-braun-rötlicher Farbe, die anfangs mäßig infiltriert sind, aber doch knötchenförmigen Charakter aufweisen. Diese Gebilde bedecken sich allmählich mit einem dünnlamellösen, kollodiumhäutchenartigen Schüppchen, das über die ganze Effloreszenz hinwegzieht; schließlich bleibt nur ein derartiges Kollodiumhäutchen zurück, das sich nun wie ein grauweißes letztes Häutchen abkratzen läßt, wobei manchmal in mäßiger Ausprägung Kerzenphänomen, aber nie eine punktförmige Blutung festzustellen ist, Phänomene, die unter anderem die Bezeichnung Parapsoriasis Brocqs verstehen lassen. Ob und wieweit benachbarte Herde konfluieren, läßt sich nicht mit Sicherheit feststellen, da die Haut durch Salbenbehandlung gereizt ist. An anderen Stellen ist eine mehr seborrhoide Schuppung wahrnehmbar. Mundschleimhäute o. B.

5 Tage später wird das Bild allmählich mehr der gewöhnlichen Pityriasis lichenoides ähnlich, zumal da jetzt eine größere Anzahl deutlich ausgesprochener, kollodiumartig aufgeklebt erscheinender Häutchen vorhanden ist. Ob noch eine weitere Aussaat von Knötchen stattgefunden hat, läßt sich schwer entscheiden. In der Handinnenfläche sind mehrere Knötchen hämorrhagisch-pustulös. Einzelne Effloreszenzen am Nasenflügel, Oberlippe, Hals und Nacken sind papulös schuppend. Pirquet'sche Reaktion negativ.

In diesem Fall ist die plötzliche Aussaat über große Körperstrecken vor allem bemerkenswert, wobei die Einzelknötchen von vornherein oder baldigst vom gewöhnlichen Typ der Pityriasis lichenoides Effloreszenzen sind und nur vereinzelt eine hämorrhagische Note aufweisen.

Ein weiterer Fall betrifft einen 28 jährigen Patienten (1927) mit einer Pityriasis lichenoides acuta hämorrhagica (Typ Mucha), die zuerst anderwärts als Lues II diagnostiziert wurde. Der letzte Coitus war vor 6 Monaten. Der Patient hat angeblich nie Syphilis gehabt. Vor etwa acht Tagen beobachtete der Kranke die Entstehung des Exanthems.

Befallen sind Gesicht, Kinn, Nacken, Hals und Oberlippe. Ebenso sind die Extremitäten, besonders die oberen, ohne Bevorzugung von Streck-

oder Beugeseite befallen. Desgleichen sieht man an den Handrücken einige Effloreszenzen, an der Handinnenfläche dagegen zahlreichere. In großer Zahl finden sich auch an den Gesäßbacken Effloreszenzen. Der Stamm ist dagegen nur in beschränktem Maße befallen. Nur an den Schultern, den seitlichen Flanken und in der Nabelgegend einige Einzeleffloreszenzen. Weiterhin sind Penisschaft und Skrotum mitergriffen. Es sind linsengroße, mäßig infiltrierte, lebhaft rote Gebilde, die sich später mit einem bräunlichen Schüppchen bedecken; graurötliche Kollodiumhäutchen. Im Bereich der Effloreszenzen Hämorrhagien. An den Handinnenflächen einzelne Gebilde, deren Oberfläche braune Hyperkeratosen zeigen. Die Inguinal- und Axillardrüsen sind als bohnengroße Gebilde tastbar.

Drei Tage später: Wa. R. und S. G. negativ. Jetzt sieht man anfangs nicht feststellbare, deutlich kollodiumartige Häutchen, die auf der normalen Haut aufgeklebt erscheinen. Außerdem ist ein geringer Teil der Effloreszenzen zentral nekrotisch. Weiterhin einige Krankheitsherde (an den Handinnenflächen), die einen pustulös-hämorrhagischen Charakter aufweisen; diese sind am übrigen Körper nicht vorhanden. Die Knötchen selbst sind etwas härter infiltriert.

Drei Wochen später: Im Gesicht und am Genitale fast vollkommene Abheilung. Am Stamm und an den Extremitäten ist der größte Teil der Effloreszenzen zum Teil spurlos, zum Teil unter Hinterlassung kleiner Flecken verschwunden. Kollodiumhäutchenartige Gebilde sind nicht mehr vorhanden. Besonders bemerkenswert sind die Veränderungen an den Handinnenflächen. Hier sind dichtstehende, linsengroße, tief rostbraune, etwas bläuliche, fleckenartige Gebilde vorhanden, in deren Bereich an der Oberfläche Hyperkeratosen von mäßiger Schichtung zu sehen sind (rostbraune, psoriasisartige Effloreszenzen). Dazwischen noch einige pustulöse Gebilde, bezw. hämorrhagisch-pustulöse. Aehnliche Gebilde auf den Streckseiten der Finger, dazwischen einige hämorrhagisch-nekrotische mit Ulcerationen. Einzelne Effloreszenzen sehen aus wie eine kleine Blutblase mit einer dicken hyperkeratotischen Decke. Am Stamm ist, infolge der nur geringen Anzahl von hämorrhagisch-nekrotischen Effloreszenzen auf dem Höhestadium der Erkrankung, jetzt nur noch vereinzelt narbige Abheilung sichtbar. Drüsen snid jetzt erbsengroß.

Der Fall ist bemerkenswert wegen der ungewöhnlichen Art der Ausbreitung: Relatives Verschontsein der hauptsächlichsten Lokalisation der Pityriasis lichenoides, nämlich des Stammes, vornehmliches Befallensein des Gesichts, der distalen Anteile der Extremitäten und der Geschlechtsorgane. Schon diese Art der Ausbreitung läßt verstehen, daß man anderwärts an eine Lues II gedacht hat. Verständlicher wird dies noch, wenn man berücksichtigt, daß die Aussaat akut erfolgt ist, und so die Einzeleffloreszenzen pustulöse bezw. hämorrhagische Umwandlung erfahren haben. Verständlich wird auch die Fehldiagnose Lues II

mit Rücksicht auf die anfangs vorhandene Vergrößerung der Lymphdrüsen.

Es folgt nun ein Fall von Pityriasis lichenoides hämorrhagica bei einer 27jährigen Patientin.

Anamnese: Die Mutter starb mit 58 Jahren an Herzschlag, der Vater mit 75 Jahren an Darmlähmung. 6 von 14 Geschwistern starben an Scharlach und Diphtherie im Verlauf einer Epidemie, die nach einem Dammbruch und Ueberschwemmung bei Tilsit im Jahre 1888 durch Obdachlosigkeit zustande kam. In der Familie keine Tuberkulose. Der Mann ist gesund; luetische Infektion wird negiert.

Als Kind überstand die Patientin Masern, Röteln, Nesselfieber, Ziegenpeter. Mit 11 Jahren starke Anämie. 1917 Grippe, anschließend Lungenkatarrh. 1919 verheiratet. 1920 und 1921 je ein gesundes Kind. Nach dem ersten Kinde Abrasio uteri. Später drei künstliche Aborte, indiziert durch Lungenaffektion. Nach dem letzten Abort Adnexitis und Nephritis. 1924 Verschlimmerung des Lungenleidens. Damals Mastkur mit 7½ Kilo Zunahme; seitdem gebessertes Allgemeinbefinden. Lues wird negiert.

Vor fünf Wochen begann ein Ausschlag an der linken Hüfte, zunächst nur an einzelnen Stellen linsengroße Knötchen. Innerhalb der nächsten 14 Tage Ausbreitung über Leib und Brust, etwas Ausschlag auch am Rücken. Nur im Anfang geringes Jucken. Patientin nahm Blutreinigungstee. Jetzt subjektiv gutes Wohlbefinden.

Hautbefund: Befallen sind Brust und Leib, weniger der Rücken, beide Achselhöhlen und die anschließenden Innenflächen der Oberarme, ferner Hüften und Oberschenkel, hier besonders das obere Drittel der Innenflächen und die Regio subinguinalis, abschneidend unscharf am Satoriusrand.

Das rechte polymorphe Exanthem baut sich auf aus isoliert stehenden, durchschnittlich linsengroßen Effloreszenzen. Einmal sieht man scharf begrenzte Papeln von braunroter Farbe, die ein ziemlich derbes Infiltrat bei glatter Oberfläche sehen und tasten lassen. Dazwischen düsterrote, namentlich in den zentralen Partien schwärzlich-blaue Effloreszenzen, besonders das Zentrum ist mit dem Spatel nicht wegdrückbar und deutlich hämorrhagisch. Weiterhin Effloreszenzen mit schwärzlichbrauner, hämorrhagischer Schuppenkruste. Dazwischen graubraune und graue, durchschnittlich 0,5—1,0 cm große Schuppen, die auf die normale Haut aufgeklebt erscheinen, nur schwer loszulösen und am Rande hutkrempenartig abgehoben sind. Sie sind aufgeklebten Kollodiumhäutchen vergleichbar. Besonders am Rücken sieht man flache, glänzende Gebilde, die mit feinen Schuppen bedeckt sind, und deren Oberfläche bei seitlicher Beleuchtung lichenoid spiegelt. Schließlich sieht man am Rücken und auf den Schultern, vereinzelt auch an Brust und Bauch, gelblichrötliche Flecke von Linsengröße, bezw. auch etwas größer; hier und da sieht man in diesen Flecken geschwollene Follikel etwas vorspringen.

Pirquet: positiv.

Lungenbefund: Schallabschwächung über der linken Spitze.

Herz: nach rechts verbreitert, dumpfe Mitraltöne.
Hg — salicyl 0,025 sine effectu.
Wa. R.: negativ.
S. G.: negativ.
Sp. p.: negativ.
Drüsen: o. B.
Schleimhäute: o. B.
Kopfschmerzen etc. fehlen.
Reflexe: o. B.
Urin: Sacch. negativ — Alb. negativ.
Blutbild:
Eosinophile: 9%.
Segmentkernige: 61%.
Lymphocyten: 23%.
Große Mononukl.: 2%.
Basophile: 1%.
Stabkernige: 4%.

Hier erscheint ein Hinweis auf die Familien- und die persönliche Anamnese gegeben, bei der die große Anfälligkeit der Familienangehörigen und der Kranken selbst zu Infektionskrankheiten im Vordergrund steht. Wie weit und ob diese Momente von Bedeutung sind für die Ausbildung der hämorrhagischen Note der Pityriasis lichenoides bei der Erkrankten, muß zur Erörterung gestellt und an Hand entsprechend gelagerter Fälle näher untersucht werden.

Nun noch einige Fälle vom Touton-Typ, auf die besonders hingewiesen sei, da diese Fälle bisher in der Literatur nicht eingehender beschrieben sind. Hat doch Touton auf sie nur in einer Diskussionsbemerkung hingewiesen und, soweit ich sehe, Gottron immer nur auf ihr Vorhandensein anläßlich der Demonstration von in der Hauptsache andersgestalteten Fällen aufmerksam gemacht.

Der erste Fall aus dem Jahre 1927 betrifft einen 12jährigen Schüler mit einer Pityriasis lichenoides vom Touton-Typ. Angeblich besteht der Ausschlag seit drei Wochen.

Befallen sind die seitlichen Rumpfpartien, die Brust in Höhe des Rippenbogens, der Hals, das Genitale (Penisschaft), die Gesäßbacken und die Beugeseiten der Oberarme. In diesen betroffenen Körperteilen findet man eine Aussaat von Einzeleffloreszenzen, die nicht ganz Linsengröße erreichen.

In der Hauptsache sind vorhanden auf der Haut zarte kollodiumartig aufgeklebt erscheinende Schüppchen und außerdem vereinzelt Efflorescenzen, die ganz gering ausgeprägte Infiltration aufweisen. Auffällig ist die geringe Infiltration, die die Einzeleffloreszenzen zeigen, und das akute Auftreten, ohne daß die Einzeleffloreszenz Akuitätscharakter im

Sinne einer Vesikulation bezw. hämorrhagischen Note erkennen läßt, und das ausgeprägte Hervortreten der sich von vorn herein bemerkbar machenden Schuppung. Der Fall ist wohl den Touton'schen Formen zuzurechnen.

Ein anderer Fall (1927) betrifft einen 26jährigen Mann mit einer Pityraisis lichenoides (Touton), deren Effloreszenzen vielfach den akut seborrhoischen Typ aufweisen. Der Kranke beobachtete den Ausschlag seit $^1/_4$ Jahr, er war nie luetisch krank. Allmählich Ausbreitung des Exanthems. Befallen sind Stamm und Extremitäten. Der Stamm in den seitlichen Partien, Schulterblätter, Gesäßbacken, obere Extremitäten (Streck- und Beugeseiten), untere Extremitäten nur beschränkt, Skrotum, seitliche Halspartien und Augenlider. Die Besonderheit dieses Falles beruht darin, daß er eine psoriasoforme und seborrhoische Note aufweist, und somit gerade hier die Bezeichnung Parapsoriasis verständlich wird. Ungewöhngerade hier die Bezeichnung Parapsoriasis verständlich wird. Ungewöhnlich ist der Sitz an den Augenlidern, und zwar handelt es sich hier um rundliche und streifige Exantheme, in denen einzelne Hämorrhagien sichtbar sind, und deren Oberfläche eine dünn geschichtete, lamellöse Schuppung zeigt, bei der z. T. punktförmige Blutungen vorhanden sind, aber kein „Kerzenphänomen" und kein „letztes Häutchen".

An einzelnen wenigen Herden des Stammes sind auch diese Phänomene vorhanden, so daß sie ganz psoriasiform erscheinen.

Im übrigen sind aber typische stecknadelkopf- bis linsengroße, nur mäßig infiltrierte Knötchen vorhanden, die auch wieder vereinzelt Hämorrhagien aufweisen, aber nirgends zur Nekrose führen. Diese Knötchen bedecken sich dann mit einem dünn über den ganzen Herd hinwegziehenden Schüppchen unter gleichzeitiger Rückbildung des Infiltrates, so daß nur noch ein wie ein Kollodiumhäutchen aufgeklebtes Schüppchen übrig bleibt. Zwischen diesen knötchenförmigen Gebilden (typischen Pityriasis lichenoides — Effloreszenzen) finden sich linsen- bis fingernagelgroße und durch Konfluenz auch größere Krankheitsherde, die man am besten als psoriasiforme Seborrhoide bezeichnet, das heißt unregelmäßig begrenzte, scharf sich absetzende Erytheme, die fein lamellöse Schuppung aufweisen.

Vereinzelt sieht man auch im Bereich derartiger seborrhoider Herde typische Pityriasis lichenoides-Effloreszenzen. Die seborrhoiden Herde lassen Hämorrhagien vermissen. Daneben roseolaartige Flecke, eventuell Vorstadium der Knötchen. Besonders zu betonen sind die Veränderungen am Hals, und zwar sind es zum Teil Erytheme, zum Teil mehr knötchenförmige Effloreszenzen. Am Skrotum sowie an der Glans befinden sich umschriebene, linsengroße Herde, dagegen keine Knötchen.

Erbsengroße Leistendrüsen.

Wa. R. und S. G.: negativ. Pirquet: stark positiv.

Weiterhin ein 37jähriger Patient mit einer etwas ungewöhnlichen Form der Pityriasis lichenoides, z. T. Touton-Typ.

Der Patient gibt an, dieselbe Erkrankung schon einmal vor 17 Jahren gehabt zu haben. Befallen sind: Extremitäten, Ober- und Unterarme, und zwar die Beugeseiten stärker als die Streckseiten, die seitlichen Rumpfpartien und die Gesäßbacken. Die Ellenbogen und Knie sind frei, keine Nagelveränderungen.

Das Ungewöhnliche des Bildes beruht in der psoriasiformen Note, weiterhin in der geringen Ausprägung des Knötchenstadiums. Vorhanden sind also: Sehr wenige stecknadelkopf- bis reiskorngroße, kaum ausgeprägte knötchenförmige, aber doch deutlich als Knötchen tastbare Gebilde von bräunlichroter Farbe, die sich baldigst unter Rückbildung des Infiltrates mit einem über die ganze Effloreszenz hinwegziehenden, kollodiumartig aufgeklebt erscheinenden Schüppchen bedecken. Es sind alsdann einfach kollodiumartige Häutchen sichtbar. Daneben sind immer wieder Krankheitsherde vorhanden, die sich als fleckförmige Erytheme darbieten mit geringer, etwas krümeliger bezw. dünn lamellöser Schuppung (Touton-Typ). Kein Kerzenphänomen, keine punktförmigen Blutungen, kein letztes Häutchen feststellbar.

Der nächste Fall zeigt eine Pityriasis lichenoides (Typ Touton) bei einem 17 jährigen Tischlerlehrling, die seit zwei Jahren bestehen soll, und die auffällt durch die Kleinheit und die geringen knötchenförmigen Infiltrate der Primäreffloreszenzen.

Der Kranke weist jetzt eine stärkere Aussaat auf, und zwar in Form von ausgeprägten seborrhoiden Herden, d. h., es sind vorhanden: linsengroße, auch etwas größere fleckförmige Erytheme, die eine dünn lamellöse Schuppung erst beim Kratzen aufweisen. Die Abheilung erfolgt mit kollodiumartigen Schüppchen. Bemerkenswert ist die Dichtigkeit der Aussaat am Hals und in den Achselhöhlen. Daneben sieht man an den seitlichen Rumpfanteilen mehr charakteristische Effloreszenzen, die immer wieder durch die geringe Infiltration auffallen. S. R. negativ.

Des weiteren sahen wir einen ungewöhnlichen Fall bei einem 42 jährigen Patienten, der wohl am besten als die akute, seborrhoische Form der Pityriasis lichenoides (Typ Touton) aufzufassen ist.

Der Patient hatte früher eine Lues, seit Jahren ist der Befund Cg. Lues negativ.

Der jetzige Ausschlag hat sich allmählich entwickelt, ohne wesentliche Beschwerden zu verursachen. Die Eingruppierung dieses Exanthems, insbesondere bei Berücksichtigung einzelnen Körperstellen, ist sehr schwierig.

Auf Wangen- und Unterlippenschleimhaut sind einzelne Punktblutungen sichtbar, daneben stecknadelkopfgroße, bläulich getrübte, knötchenförmige Effloreszenzen. Weiterhin sind befallen das Gesicht, besonders Stirn- und Augenhöhlengegend, und zwar handelt es sich um fleckförmige Gebilde von bräunlich-rötlicher Farbe mit unregelmäßiger, aber scharfer Begrenzung, deren Oberfläche kleienförmig schuppt.

Ebenso sind befallen die Schultergegend, die Streckseiten der Oberarme, die Beugeseiten der Arme; hier finden wir zunächst ähnliche Veränderungen wie im Gesicht. Daneben aber hier meist weniger fleckförmig, sondern netzförmig angeordnete Gebilde. Hier kommt es zur Konfluenz von Einzelelementen, die auch in der Peripherie sehr deutlich erkennbar wird. Bei den Einzelelementen handelt es sich um meist rundliche, bezw.

ovale, ganz flache, plattenartig vorspringende, bräunliche Knötchen, die sich dann mit einem über die ganze Oberfläche hinwegziehenden Schüppchen bedecken, das schließlich unter Rückbildung des Infiltrats als kollodiumartiges Häutchen sichtbar wird. Daneben gewinnt die Schuppung, z. B. in der Ellenbogengegend, etwas geschichteteren Charakter, aber lange nicht so ausgeprägt wie bei Psoriasis. Es ist vor allem nichts deutliches von Kerzenphänomenen und letztem Häutchen feststellbar, nur manchmal sieht man eine punktförmige Blutung.

Besonders schön sind die Kollodiumhäutchen an den seitlichen Rumpfanteilen wahrnehmbar. Ueberhaupt wird der Charakter der Pityriasis lichenoides an den Oberschenkeln weniger zweifelhaft, weil wir es hier mit Einzeleffloreszenzen zu tun haben, die nur dadurch etwas vom Normalen abweichen, daß der Knötchencharakter nicht so ausgesprochen ist. Es macht den Eindruck, daß die Entwicklung eine sehr schnelle ist und der Knötchencharakter bald schwindet.

Bezüglich der Lokalisation ist zu bemerken, daß die Nates, das obere Drittel der Oberschenkel insgesamt und die Beugeseiten im unteren Drittel am stärksten befallen sind.

Auch die Hände sind befallen; hier vor allem die Streckseiten der Finger in Form von Einzelelementen, die sich als über stecknadelkopfgroße Knötchen mit punktförmigen Blutungen darbieten (nach Mucha hinübergehend). Hier förmlich in die Haut eingelassene Schüppchen, die fest sitzen. Die Einzelelemente sind linsengroß und etwas größer.

Von den zuletzt erwähnten Fällen leitet der Krankheitszustand eines 62jährigen Kaufmanns über zu der gewöhnlichen Form von Pityriasis lichenoides, von der sich die Krankheit des vorliegenden Falles durch die Geringgradigkeit des knötchenförmigen Infiltrates bei dem Betroffenen unterscheidet. Angeblich soll sich ziemlich plötzlich der jetzt vorhandene Ausschlag entwickelt haben. Dieser ist vor allen Dingen im Bereich der Streck- und Beugeseiten der oberen Extremitäten, der seitlichen Rumpfanteile lokalisiert und verursacht geringes Jucken.

Vorhanden sind bald dichter, bald lichter stehende rundliche, meist linsengroße, etwas vorgewölbt erscheinende rötliche Herde, die in der Hauptsache fleckförmig und nur ganz gering plattenartig infiltriert über die Umgebung hervorragen, so daß nicht einmal kartenblattdicke Infiltrate vorhanden sind. Diese Krankheitsherde sind als solche schwer eingruppierbar, gesicherter wird erst das Krankheitsbild durch den Nachweis von kollodiumartig aufgeklebt erscheinenden Schüppchen, mit denen sich die Herde unter Rückbildung des geringen Infiltrates bedecken. Schließlich sind nur kollodiumartige Schüppchen wahrnehmbar. Das Besondere des Bildes ist die Geringfügigkeit der Infiltrate, die Geringfügigkeit der Herde und der Tatbestand, daß an einzelnen Stellen sich eine mehr krümelige Schuppenbildung vorfindet.

Als weitere Form von atypischer Pityriasis lichenoides chronica ist hinzuweisen auf die Parakeratosis variegata, die, wie

Gottron gezeigt hat, als ungewöhnlicher Endzustand einer Pityriasis lichenoides chronica aufzufassen ist. Bezüglich Einzelheiten wird auf die ausführliche Stellungnahme zu dieser Frage die Arbeit Gottrons hingewiesen.

In der vorliegenden Arbeit über Pityriasis lichenoides chronica wurde an Hand des in der Universitäts-Hautklinik zu Berlin in den Jahren 1920 bis 1934 beobachteten Krankenmaterials, vor allem über deren Häufigkeit, absolut und relativ, über das Geschlecht und Alter der davon Betroffenen und über die Klinik des Krankheitsbildes berichtet. Besonders wurde berücksichtigt die Art der Ausbreitung der Krankheit, die Dauer und ganz vornehmlich die atypischen Formen des Krankheitsbildes. Bezüglich der Krankheitsdauer sind unsere Nachforschungen, die sich auf die Krankengeschichten und auf Untersuchungen eines nur verhältnismäßig geringen Teiles der Kranken stützen, von Erfolg gewesen. Die atypischen Erscheinungsformen der Pityriasis lichenoides chronica wurden an Hand von Krankenbeobachtungen ausführlich dargestellt.

Vom zahnärztlichen Standpunkt aus ist besonders hinzuweisen auf die, wenn auch äußerst selten, im Munde vorkommende Aussaat von Krankheitsefflorescenzen der Pityriasis lichenoides chronica. Dieser Hinweis ist um so wichtiger, da ja die praktische Bedeutung der Pityriasis lichenoides chronica auf ihrer Verwechselbarkeit mit Lues II beruht. Dementsprechend ist das Wissen um das Vorkommen derartiger mit Lues verwechselbarer Krankheitsveränderungen im Munde von praktischer Bedeutung für den praktisch tätigen Zahnarzt.

Zum Schluß möchte ich nicht versäumen, Herrn Professor Gottron für die freundliche Überlassung des reichen Krankenmaterials aus seiner Krankensammlung meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur

Almkvist: Zur Kenntnis der Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (Habermann). Dermat. Ztschr. Bd. XLVI 1926.

Barber: A case of pityriasis lichenoides et varioliformis acuta. Brit J. Dermat. 43, 126—129 (1931). Ref. Zentralbl. f. Ht. u. Geschlkrkht. XXXVIII 1931 Juliusberg.

Brocq: Annales de Dermatologie III. 1902 (S. 467—468).

Diasio: Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (Habermann). Arch. of Derm. 24, 72—83 (1931) Ref. Ztrbl. f. Ht. u. Geschlkrkht. XXXIX 1932 S. 60 Juliusberg.

Ehrmann: Ueber kombinierte Licht--Arsentherapie bei Pityriasis lichencides chronica. Derm. Ztschr. Bd. XLV 1925.

Friedmann: Parapsoriasis en gouttes. Ztrbl. f. Ht. u. Geschlkrkht. Band XLI 1932 S. 543.

Füllenbaum: Pityriasis lichenoides chronica. Zentralbl. f. Ht. u. Geschlechtskrkht. Bd. VL 1933. S. 20.

Goldenberg et Bychowsky: Un cas de parapsoriasis varioliforme. Ann. de Dermat. 3, 349—352 (1932). Ref. Ztrbl. f. Ht. u. Geschlkrkht. Bd. XXXXII 1932 Juliusberg S. 344.

Goodman: Pityriasis lichenoides. Arch. of Dermat. 24, 898 (1931). Ref. Ztrbl. f. Ht. u. Geschlkrkht. XL 1932 S. 780 Balban.

Gottron: Akut verlaufende Pityriasis lichenoides vesiculosa. Derm. Ztschr. Bd. L. 1927, S. 39.

— Akut einsetzende Pityriasis lichenoides bei einem 28 jährigen Arzt. Dermat. Ztschr. Bd. LVIII 1930 S. 38.

— Demonstration von zwei Fällen, die in die von Brocq aufgestellte Krankheitsgruppe Parapsoriasis einzureihen sind. Dermat. Ztschr. Bd. XLVII 1926 S. 317.

— Demonstration. Dermat. Ztschr. Bd. LII 1928. S. 42, 224.

— 1. Aussprache. Berliner Dermatologische Gesellschaft, Sitzung vom 10. Mai 1927. S. 209. — 2. Aussprache. Dermatol. Ztschr. Bd. LI 1928 S. 209.

— Beitrag zur nosologischen Stellung der Parakeratosis variegata. Derm. Ztschr. Bd. LVI 1929. S. 139.

Gougerot et Cartiand: „Parapsoriasis guttata" presque guéri par l'or Ann. Soc. franç. Dermat. 38, Nr. 4, 606—607 (1931). Ref. Zentrbl. f. Ht. u. Geschlkrkht. XXXVIII 1931 Juliusberg.

Hoffmann: Derm. Ztschr. XV 1908, S. 583.

Juliusberg: Die psoriasiformen, pityriasiformen, exfoliativen Erythrodermien. Handbuch der Ht. u. Geschlkrkht. Bd. VII/1 (Jadassohn).

Konrad: Zwei Fälle von Pityriasis lichenoides chronica. Ztrbl. f. Ht. u. Geschlkrkht. XXXXIV 1933.

Krause: Ueber Pityriasis lichenoides chronica. Inaug.-Diss. Köln 1920/21.

Lortat-Jacob: Un cas de parapsoriasis en gouttes avec leuco-mélanodermie. Bull. de la soc. franç. de dermatol. Jg. 1924, Nr. 7, p. 358,

Matzenauer: Pityriasis lichenoides chronica. Arch. f. Derm. u. Syphilis Bd. 66, S. 426. 1903.

Michelson: Leukoderma in pityriasis lichenoides chronica. Arch. of Derm. a. syphiol. Vol. 6, Nr. 3, p. 288. 1922. Ref. Ztrbl. f. Ht. u. Geschlechtskrkht. Bd. 7, S. 31.

Milian et Lafourcade: Parapsoriasis en gouttes avec leucomélanodermie du cou, simulant la syphililide pigmentaire. Rev. franç. Dermat. 7, 328—330 (1931). Ref. Ztrbl. f. Ht. u. Geschlkrkht. XXXIX 1932. Juliusberg,

Puenta: Parapsoriasis guttata. Rev. argent. Dermato-Sifilol. 15, 210—211 (1932) Ref. Ztrbl. f. Ht. u. Geschlkrkht. XXXXII 1932 Hollenberg S. 345.

Rauschkolb: Pityriasis lichenoides chronica. Zentrbl. f. Ht. u. Geschlechtskrankheiten XXXVII 1931 S. 738.

Riecke: Zur Kenntnis der Pityriasis lichenoides chronica. Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. 83, 1907. S. 51, 218, 220.

Schwartz and Busman: Pityriasis lichenoides chroni a? Arch. of Dermat. and syphilol. Vol. 9, Nr. 3. p. 396. 1924 Ref. Ztrbl. f. Ht, u, Geschlechtskrkht. Bd. 13, S. 257. 1924. Juliusberg.

Sirota: Experimental contribution on acute and chronic pityriasis lichenoides. Urologic. Rev. 37, 472—480. (1930). Ref. Ztrbl. f. Ht. u, Geschlkrkht. XLVI S. 53. Juliusberg.

Spiegler: Pityriasis lichenoides chronica. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 75, S. 112, 1905.

Stokes: Klinische und experimentelle Beobachtungen über einen Fall Pityriasis lichenoides chronica. The Journal of cuteaneous diseases. 1916 Mai. Ref. Derm. Ztschr. Bd. XXIII 1916. Juliusberg.

Werther: Ueber einen Fall von Pityriasis lichenoides (besser polymorpha) chronica, welcher die 3 Typen der Parapsoriasis vereint. Dermat. Ztschr. Bd. XXII 1915.

Lebenslauf

Am 17. September 1908 bin ich, Kurt Heisig, als Sohn des Drogisten Paul Heisig in Weißstein i. Schlesien geboren. Die Reifeprüfung bestand ich am 15. Februar 1929 an der Städtischen Oberrealschule zu Waldenburg i. Schlesien und wurde am 22. April 1929 an der Friedrich-Wilhelms-Universität in die medizinische Fakultät immatrikuliert. Nachdem ich am Staatlichen Friedrich-Wilhelms-Gymnasium zu Berlin am 24. Februar 1931 das Latinum bestanden hatte, erhielt ich nach der zahnärztlichen Vorprüfung am 24. Juli 1931 und dem Staatsexamen am 18. Mai 1934 die staatliche Approbation als Zahnarzt.